CAFMA Central de Análise de Fármacos, Medicamentos e Alimentos	**DOCUMENTO DA QUALIDADE** **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE** **LABORATÓRIO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR** **CENTRAL DE ANÁLISE DE FÁRMACOS, MEDICAMENTOS E ALIMENTOS**	DQ2 REV01

SOLICITANTE:	FONE do solicitante: ( )
ORIENTADOR:	FONE do orientador: ( )
COLEGIADO / UNIVERSIDADE / CAMPUS:	
EMPRESA / ENDEREÇO:	
E-MAIL PARA ENVIO DOS RESULTADOS:_____ * Os resultados serão enviados por e-mail (cafma.univasf@gmail.com), ao serem recebidos o solicitante deverá responder o e-mail confirmando o recebimento.	
DATA DE ENVIO DAS AMOSTRAS:	
FORMATO DOS RESULTADOS: ( ) .pdf ( ) .jpeg ( ) fid ( ) .txt	
TIPO(s) DE AMOSTRA**: ( ) substância isolada ( ) extrato ou fração ( ) suco ( ) vinho/bebidas ( ) outros. Especificar: _____ Nº DE AMOSTRAS: **Especificar quando for mais de um tipo de amostra	
POSSÍVEL ESTRUTURA/CLASSE QUÍMICA DA AMOSTRA:	
CÓDIGO DA(s) AMOSTRA(s):	
MASSA E SOLUBILIDADE(s) DA AMOSTRA(s)***: ***É obrigatório especificar no rótulo das amostras a massa e o solvente em que cada uma delas é solúvel. Caso a amostra não seja solúvel no solvente indicado, esta ficará sujeita a não ser analisada.	
EXPERIMENTOS SOLICITADOS: RMN: ( ) ^{1}H ( ) ^{13}C ( ) DEPT 135 ( ) COSY ( ) HSQC ( ) HMBC ( ) TOCSY ( ) NOESY INFRAVERMELHO: ( ) ATR ( ) KBr OUTRAS ESPECIFICAÇÕES: _____ ESPECTRO DE ABSORÇÃO UV/Vis: _____	
DESEJA RECEBER A AMOSTRA DE VOLTA****? ( ) SIM ( ) NÃO ****O envio da amostra ao solicitante será realizado via sedex a cobrar.	
ASSINATURA DO SOLICITANTE:	ASSINATURA DO ORIENTADOR:
ASSINATURA DA CAFMA:	DATA DE RECEBIMENTO DO FORMULÁRIO PELA CAFMA: